

GE_GERICHTE A/1272/2012 vom 18. September 2012

GE Cour de justice, 2012-09-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1272_2012

FR: GE_GERICHTE A/1272/2012 du 18 septembre 2012

IT: GE_GERICHTE A/1272/2012 del 18 settembre 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 18.09.2012
A/1272/2012

A/1272/2012 ATAS/1126/2012 du 18.09.2012 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1272/2012
ATAS/1126/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 18
septembre 2012 2ème Chambre En la cause Monsieur A _____, domicilié à Versoix,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître PETITAT Pierre-Bernard
recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Monsieur A _____ (ci-après
l'assuré ou le recourant), né au Kosovo en 1958, marié et père de 4 enfants nés en 1983,
1984, 1989 et 1992, a travaillé en qualité de maçon de 1980 à 1990 et de grutier de 1990 à
1991. Il a progressivement présenté des douleurs lombaires inférieures qui l'ont conduit,
compte tenu de leur importance, à changer d'activité professionnelle pour un métier plus
léger, soit magasinier dans une maison d'édition dès 1992. Il a cessé son activité à partir du
3 mai 2001 suite à de vives douleurs lombaires avec une irradiation au niveau de la jambe
gauche ressenties alors qu'il portait un carton de livres. Le 16 juin 2001, le Dr.
L _____, spécialiste FMH en chirurgie cardio-vasculaire, a diagnostiqué des
séquelles modérées de maladie de Scheuermann, une petite hernie discale postéro-médiane
L5-S1, une dégénérescence discale et un rétrécissement de l'espace intervertébral respectif,
ainsi qu'une obésité. L'assuré a déposé une demande de reclassement professionnel auprès
de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après
l'OAI ou l'intimé) le 24 janvier 2002 en raison de douleurs lombaires chroniques depuis le
début des années 1990. L'examen du 24 juin 2002 mené par le Dr. M _____,
spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne mandaté par le Service Médical
Régional Léman (ci-après SMR) pour expertiser l'assuré, a mis en évidence un trouble
somatoforme douloureux sous la forme de lombalgies chroniques avec pseudo-sciatalgies
gauches et paresthésies accompagnatrices, une hernie discale discrète postéro-médiane
L5-S1, des séquelles de maladie de Scheuermann, et une obésité. Du point de vue
psychique, ni l'anamnèse ni le status ne permettaient de conclure à une comorbidité
psychiatrique. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assuré dans son
ancienne activité professionnelle était de 75%, et complète dans une activité légère excluant
le port répétitif de charges de plus de 15 kg, les mouvements répétitifs du rachis en
porte-à-faux et permettant l'alternance de position assise ou debout. Dans leur rapport du 14
août 2002, les Drs. N _____, spécialiste en psychiatrie et O _____, spécialiste
en médecine interne, travaillant auprès du SMR, ont conclu à un trouble somatoforme
douloureux sans comorbidité psychiatrique justifiant une incapacité de travail. Les
médecins ont mis en évidence une nette discordance entre le handicap allégué par l'assuré et
son bon fonctionnement psychosocial. Il n'y avait pas de contre-indication à la mise en

œuvre de mesures professionnelles. Le 28 novembre 2002, l'OAI a ordonné une mesure d'observation professionnelle auprès de l'Atelier d'intégration professionnelle du centre ORIPH de Morges du 6 janvier au 6 avril 2003. Dans le rapport du 10 avril 2003 consécutif aux deux stages effectués par l'assuré, il est mentionné qu'après une mise au courant dans le domaine de la mécanique (usinage sur tour réglé, montage d'éléments de petite dimension, etc.) chez un employeur, une capacité de travail de 70% pourrait être exigée pour des travaux simples demandant très peu de réglages machines et où une chaise "assis/debout" serait à sa disposition afin de lui permettre de s'asseoir environ une fois par heure pour une période de dix minutes. A noter toutefois que dans le cadre de son stage chez X_____ SA, un rendement de 100% avait été constaté. Dans son rapport du 2 septembre 2004, l'OAI a retenu une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité industrielle légère en se basant sur les avis des médecins du SMR et le rendement de l'assuré auprès de X_____ SA. Après avoir procédé au calcul de l'invalidité de l'assuré, il est arrivé à la conclusion que ce dernier présentait une perte de gain de 3.3% entre son salaire de magasinier et le salaire auquel il pourrait prétendre dans l'industrie, taux qui n'ouvrait le droit ni à une rente, ni à un reclassement professionnel. Par deux décisions du 8 septembre 2004 qui n'ont pas été contestées par l'assuré, l'OAI a rejeté la demande de rente et de reclassement. Le 12 avril 2005, l'assuré a déposé une nouvelle demande en vue de l'octroi d'une rente auprès de l'OAI en raison de douleurs lombaires et cervicales chroniques. Il a expliqué qu'il était sans revenus depuis avril 2005, qu'il n'était pas d'accord avec le refus de rente et de reclassement car il ne pouvait pas travailler, étant atteint dans sa santé. Il demandait donc un nouvel examen de sa situation et l'octroi d'une rente d'invalidité. Par courrier du 28 avril 2005, le Dr. P_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré depuis octobre 2003, a indiqué qu'on ne pouvait que constater la dégradation de l'état général et physique de son patient, avec augmentation des douleurs chroniques sur des efforts de moins en moins lourds associée à l'extension des douleurs à la colonne cervicale sur contracture musculaire compensatoire devenant de plus en plus invalidante chez ce dernier. Le 26 septembre 2005, le Dr. P_____ a transmis à l'OAI le rapport établi par le Dr. Q_____, spécialiste FMH en rhumatologie, suite à son examen du 2 mai 2005. Ce dernier avait constaté que sur le plan global, la symptomatologie douloureuse s'était aggravée par rapport à l'état constaté en 2001, puisque des cervicalgies et des gonalgies internes (pouvant correspondre, dans un contexte d'obésité sévère, à une gonarthrose interne débutante) s'étaient ajoutées aux lombalgies chroniques à caractère invalidant. La mobilité lombaire était diminuée dans tous les plans par les douleurs (Schober 10-14 cm). Au niveau cervical, les épineuses étaient très sensibles de C4 à D2, avec des douleurs à la palpation de la musculature paravertébrale et des deux trapèzes, la distance menton-sternum étant de 2-18 cm et les rotations limitées à 60° des deux côtés. Des douleurs importantes apparaissaient à la palpation des deux compartiments internes des genoux. Le médecin considérait que sur le plan de la capacité de travail, en tenant compte de l'évolution des quatre dernières années, le pronostic restait très pessimiste quant aux chances de réintégration de l'assuré dans le monde professionnel, même dans une situation adaptée. Dans son rapport du 27 mai 2005, le Dr. R_____, spécialiste FMH en radiologie médicale et radiodiagnostic auprès de l'Hôpital de la Tour, a conclu, en ce qui concernait la colonne lombaire, à d'importants troubles statiques avec une scoliose à convexité droite, à des discopathies étagées de la colonne dorsale inférieure et de L3 à L5, et à des signes d'une différence significative de longueur des membres inférieurs. Les radiographies de la colonne cervicale et des deux genoux étaient quant à elles normales. Par

courrier du 12 février 2007, le Dr. P _____ a diagnostiqué des lombalgies chroniques, un état dépressif moyen avec syndrome somatique, un syndrome douloureux somatoforme, une obésité, des épigastalgies de stress, et une hypertension artérielle discrète. Il a souligné que l'assuré restait dans l'impossibilité d'effectuer son ancienne profession, avec d'importantes douleurs tant à la charge, qu'au port, ou alors lors de position fixée sur une longue période. Dans ces conditions, une réévaluation à l'assurance-invalidité devrait être faite pour ce patient. Dans son rapport du 20 août 2007, la Dresse S _____ a posé le diagnostic, - avec répercussion sur la capacité de travail - d'un état dépressif moyen avec syndrome somatique, d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et d'un trouble mixte de la personnalité. Le pronostic psychiatrique restait réservé, en vue de la douleur chronique et incapacitante, principal déclencheur de ses problèmes psychiques. L'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, de même que toute autre activité adaptée. Le 7 avril 2008, les Drs. T _____, spécialiste FMH en psychiatrie, et U _____, spécialiste FMH en rhumatologie, ont procédé à un examen rhumato-psychiatrique au SMR. Ils ont diagnostiqué - avec répercussion sur la capacité de travail - des lombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de discopathies L5-S1, de troubles dégénératifs postérieurs L4-L5, et de troubles statiques modérés, et - sans répercussion sur la capacité de travail - des cervicalgies chroniques non déficitaires, sans substrat organique, une tendinite achilléenne bilatérale, une obésité de classe III, et un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Ils ont constaté que lors de l'examen clinique, l'assuré n'avait pas de comportement algique, s'était rendu avec une vitesse de marche normale en salle d'examen, avait eu une tolérance en station assise normale pendant les 30 minutes de l'entretien avec le rhumatologue, avait effectué aisément les transferts assis/debout, de même que le déshabillage. Ils ne pouvaient pas confirmer cliniquement la présence d'une gonarthrose. La scoliose dorsale n'était pas majeure, il n'y avait pas de syndrome rachidien cervical mais les rotations étaient douloureuses, davantage vers la gauche. Il n'y avait pas d'arrêt dur parlant pour une cervicarthrose avancée. Au vu du dossier radiologique, il n'y avait pas d'aggravation franche des troubles dégénératifs de la colonne lombaire constatés en 2001. Ils rejoignaient les conclusions du Dr. M. R _____ concernant le caractère normal des radios de la colonne cervicale et des genoux, et l'absence de lésion dégénérative de ces derniers. Le rhumatologue avait conclu que si les troubles statiques et dégénératifs présentés par l'assuré pouvaient expliquer les difficultés dans une activité physiquement contraignante, l'exigibilité dans une activité physiquement légère comme celle décrite dans la conclusion des mesures de reclassement professionnel du 22 avril 2003 restait d'actualité. Sur le plan psychologique, l'examen clinique pouvait confirmer l'existence d'une symptomatologie dépressive, traitée de manière adéquate. Ces éléments dépressifs étaient strictement réactionnels à la situation psychosociale difficile et s'amenderaient totalement si l'assuré pouvait reprendre une activité professionnelle. Étant donné que la souffrance psychique était secondaire à l'inactivité professionnelle, elle n'avait pas à elle seule de caractère incapacitant. Il y avait des plaintes douloureuses chroniques, mais elles ne répondaient pas aux critères stricts d'un syndrome douloureux somatoforme, raison pour laquelle les critères jurisprudentiels de cette pathologie n'avaient pas été pris en compte. Sur le plan ostéoarticulaire, l'incapacité de travail était restée stationnaire, sans évidence nette pour une aggravation de l'état de santé depuis 2001. Les troubles statiques, les douleurs lombaires dans le contexte d'une petite hernie discale L5-S1 étaient déjà présents lors de l'expertise du Dr. M _____ en 2002, les radiographies de 2001 montraient également des troubles dégénératifs postérieurs

en L4-L5. Il n'y avait pas d'évidence clinique, pas d'examen complémentaire à disposition pour décrire une aggravation de santé en relation avec des cervicalgies de type dégénératif. La souffrance psychiatrique n'avait jamais eu à elle seule de composante incapacitante et l'exigibilité professionnelle avait toujours été totale sur ce plan-là, une reprise du travail étant même indiquée. En conclusion, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité précédente, mais totale dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles - uniquement ostéo-articulaires - suivantes: pas de mouvement répété de flexion-extension du rachis, pas de port de charges au-delà de 10 kilos, pas d'attitude en porte-à-faux du tronc, pas de position statique debout prolongée au-delà de 30 minutes, assise au-delà d'une heure. Le 6 mai 2008, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré qui indiquait que sur la base du rapport de l'examen rhumato-psychiatrique, il ne constatait pas d'aggravation notable de son état de santé depuis la décision initiale du 8 septembre 2004. Il n'y avait donc pas lieu d'examiner le droit à des prestations financières ou en nature et sa demande était rejetée. Une mesure de soutien sous la forme d'une aide au placement (aide dans ses démarches de recherche d'emploi) pouvait lui être octroyée sur demande écrite et motivée de sa part. Par téléphone du 14 mai 2008, l'assuré a déclaré qu'il serait disposé à tenter de rechercher un poste de travail avec l'aide d'un collaborateur emploi de l'OAI. Le projet de refus a été confirmé par la décision de l'OAI du 17 juin 2008 qui n'a pas été contestée par l'assuré. L'assuré a effectué un stage d'orientation professionnelle auprès des Établissements publics pour l'insertion (ci-après EPI) du 25 août au 23 novembre 2008. Dans leur rapport du 25 novembre 2008, ces derniers ont conclu qu'il possédait les capacités et les compétences pour réintégrer le monde économique ordinaire dans le domaine de l'emballage et du conditionnement d'articles légers et d'ouvrier à l'établi. Ils ont mis en évidence que l'assuré considérait qu'il ne pouvait pas travailler à plus de 50% à cause de son état de santé - bien qu'il ait effectué deux stages à 100% -, et ne semblait pas dans une dynamique de recherche de travail. Par courrier du 15 décembre 2008, l'assuré a requis de l'OAI qu'il révise son dossier, dans la mesure où il ne se sentait pas apte à reprendre une activité professionnelle, et qu'il n'était pas satisfait du rapport d'orientation professionnelle. Le 6 février 2009, le Dr. P _____ a indiqué à l'OAI que, comme signalé dans les nombreux courriers déjà en possession de ce dernier et comme confirmé par des spécialistes, son patient présentait plusieurs diagnostics entravant sa capacité de travail, à savoir des lombalgies basses sur discopathies étagées L3-L5, ainsi qu'une petite hernie discale L5-S1, une obésité importante avec troubles statiques, sur relâchement important de la musculature abdominale, et un état dépressif moyen, avec syndrome somatique et syndrome douloureux somatoforme persistant. Les tentatives de reconversion s'étaient soldées par des échecs. Devant cette situation personnelle difficile, financière et familiale, il semblait au médecin qu'une réévaluation/réinstruction des droits de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité devrait lui être accordée. Le 9 février 2009, l'OAI a communiqué un projet de décision à l'assuré, dans lequel il informait ce dernier qu'il ne faisait valoir aucun fait nouveau dans sa nouvelle demande qui n'aurait pas été pris en compte lors des deux premières décisions. Il n'avait ainsi pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle, c'est pourquoi une nouvelle appréciation d'un état de fait demeuré inchangé n'était pas possible et il n'y avait pas lieu d'examiner le droit à des prestations financières ou en nature de l'assurance-invalidité. Ce projet a été confirmé par une décision de refus d'entrée en matière du 12 mars 2009, qui n'a pas été contestée par l'assuré. Ce dernier a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI le 20 juillet 2011, faisant état d'une aggravation de ses lombalgies chroniques. Par courrier du

1^{er} septembre 2011, le Dr. P_____ a expliqué que les nombreux traitements entrepris par son patient et une tentative de reconversion en 2009 s'étaient soldées par un échec, en raison de lombalgies exacerbées par les efforts, avec perte de rendement et incapacité à poursuivre ses activités. Devant une composante d'état dépressif, un traitement et un suivi en 2007 n'avaient pas apporté de modification, ni dans la localisation des douleurs, ni dans leur intensité. L'obésité importante avait été abordée à plusieurs reprises par les différents spécialistes, avec échec à répétition. Une nouvelle IRM lombaire effectuée en 2011 se révélait superposable à celle de 2005, sans nouvelle lésion, mais toujours avec des discopathies étagées des dernières vertèbres lombaires, associée à une petite hernie avec pincement de la racine droite de C1. Il confirmait que l'état médical concernant les lombalgies et lombosciatique droite ne s'était pas aggravé depuis ces dernières années. Par contre, ce qui s'était péjoré, c'est que malgré toutes les options thérapeutiques diverses et variées, son patient restait toujours aussi algique et symptomatique à l'effort, rendant son pronostic plus que sombre, car sans option thérapeutique. Parallèlement à cela, un nouveau diagnostic avait été posé, à savoir un syndrome d'apnée du sommeil sévère. Le médecin joignait notamment à son courrier le rapport du 8 juin 2011 du Dr V_____, spécialiste FMH en pneumologie, médecine intensive et médecine interne générale, collaborant avec le Centre d'analyse et d'investigation du sommeil, qui avait diagnostiqué un syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil et un sommeil de mauvaise qualité, avec une efficacité du sommeil très abaissée, une absence de sommeil profond et un retard important d'installation du sommeil paradoxal. Dans un avis du 23 novembre 2011, le Dr. W_____, médecin auprès du SMR, a constaté que le Dr. P_____ mentionnait l'absence d'éléments objectifs nouveaux concernant les lombalgies chroniques largement documentées lors de l'examen au SMR effectué en avril 2008, dont l'absence de modification de l'IRM lombaire de 2011, comparée à celle de 2005. Le syndrome des apnées du sommeil, en soi, sans évaluation de l'efficacité du traitement, ne pouvait pas être considéré comme incapacitant. Les conclusions du SMR étaient donc inchangées. L'OAI a notifié le 7 décembre 2011 un projet de décision à l'assuré dans lequel il indiquait qu'à réception des nouveaux éléments médicaux apportés par le médecin de ce dernier, il avait adressé son dossier au SMR, qui avait considéré que ces documents n'apportaient aucun élément rendant plausible l'aggravation de son état de santé. Partant, la demande de l'assuré était rejetée. Par courrier du 20 janvier 2012, l'assuré a formé opposition à ce projet, soulignant que depuis le 12 mars 2009, son état de santé ne s'était pas amélioré, mais s'était au contraire aggravé, comme relevé par le Dr P_____. Les atteintes dont il était affecté entraînaient une incapacité totale et définitive de travail dans toute activité professionnelle. Il demandait la mise en œuvre d'une expertise médicale qui viendrait confirmer l'aggravation de son état de santé. Il indiquait qu'un rapport médical établi par le Dr. Q_____ suivrait et demandait un délai pour le produire. Par courrier du 24 janvier 2012, l'OAI a informé l'assuré que le délai de 30 jours pour lui faire part de ses observations ne pouvait être prolongé et que sans nouvelles de sa part à l'échéance dudit délai à compter de la notification du projet de décision, une décision identique au projet du 7 décembre 2011 serait rendue. L'OAI a confirmé le refus de prestations par décision du 12 mars 2012 dans laquelle il mentionnait que le rapport du Dr. Q_____ qui avait été annoncé ne lui était jamais parvenu, qu'il avait tout de même adressé son courrier au SMR pour avis, et que ce dernier avait considéré que l'assuré n'avait pas mis en évidence d'élément nouveau lui permettant de modifier sa précédente appréciation. L'extrait Track & Trace de la Poste atteste d'un avis le 14 mars 2012 dans la boîte postale au 1227 Carouge et d'une distribution à la même adresse le 15

mars 2012 via la case postale du recommandé n° _____. L'assuré a formé recours contre la décision de l'OAI le 30 avril 2012. Il indique que la décision querellée a été notifiée le 16 mars 2012, tout en joignant une copie de ladite décision portant un timbre mentionnant "reçu le 15 mars 2012". Il invoque, à l'appui de son recours, une atteinte à la santé consistant en des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs du rachis lombaire, une gonarthrose fémoro-tibiale interne droite symptomatique, des cervicalgies chroniques sur discrets troubles dégénératifs C5-C6 et une obésité morbide. Il produit notamment un rapport du Dr. Q_____ du 8 février 2012. Ce dernier a ainsi posé les diagnostics ci-dessus, après avoir examiné le recourant les 23 janvier et 8 février 2012 après avoir examiné le recourant à une reprise en mai 2005. A l'examen clinique, les mobilités cervicales étaient légèrement limitées en rotation droite et gauche à 60°. La distance mention-sternum était de 0-16 cm. Des douleurs cervicales prédominaient à droite. Au niveau lombaire, la mobilité était diminuée en inclinaisons latérales et en flexion antérieure (Schober 10-14). Le médecin relevait également que la situation lui paraissait s'être globalement péjorée depuis six ans sur le plan des douleurs lombaires, avec aggravation de cervicalgies et de gonalgies droites mécaniques, et péjoration de l'obésité sévère, empêchant l'exigibilité d'une activité physique lourde ou exigeant de la manutention. Une réorientation vers une activité adaptée restait quant à elle problématique en raison de l'âge et de la formation de son patient. Le recourant souligne que tous ses médecins traitants ont convenu de la péjoration de son état de santé, sa symptomatologie douloureuse s'étant aggravée et étant devenue plus handicapante, et son obésité sévère limitant ses capacités à l'effort physique, ce qui avait pour conséquence qu'il ne pouvait plus effectuer aucune activité physique lourde ou exigeant de la manutention, malgré sa motivation. Il considère qu'au vu de l'atteinte à sa santé et son incapacité de gain de 100%, le lien de causalité entre les deux étant établi, une invalidité d'au moins 50% doit lui être reconnue. Il conclut préalablement à son audition et à celle des Dr. Q_____ et P_____, ainsi qu'à une nouvelle expertise médicale, et au fond, à ce qu'il soit constaté qu'il a droit aux prestations de l'assurance-invalidité, tout particulièrement à une demi-rente au moins de cette dernière, vu l'aggravation de son état de santé. L'intimé a répondu le 31 mai 2012. Il a rappelé que le SMR, qui avait été consulté suite à la nouvelle demande du recourant, avait conclu qu'il n'y avait aucun élément médical au dossier objectivant une aggravation de l'état de santé du recourant. S'agissant du courrier du Dr Q_____, il renvoyait à l'avis du SMR qui avait conclu qu'il n'y avait pas de changement par rapport à la situation de 2008, décrite autant par le Dr. Q_____ que le Dr. U_____. Par courrier du 25 juin 2012, le recourant a persisté dans ses conclusions. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et

appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, l'état de fait déterminant du 15 mars 2012 est postérieur à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003, ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), le 1^{er} janvier 2008, des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), et le 1^{er} janvier 2012, des modifications de la LAI du 18 mars 2011 (révision 6a). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1^{er} janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours dans les 30 jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 56 et 60 LPGA; cf. également l'art. 63 al. 1 let. A de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA; RS E 5 10). Lorsque le dernier jour du délai tombe un samedi, un dimanche ou sur un jour légalement férié, le délai expire le premier jour utile. Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 LPGA et art. 89C LPA). En l'espèce, il est avéré que la décision litigieuse a été notifiée au recourant, par pli recommandé, le 15 mars 2012 selon l'extrait Track & Trace de la Poste attestant d'une distribution via la case postale au 1227 Carouge. La copie de la décision litigieuse produite par le recourant en pièce 29 porte d'ailleurs un tampon mentionnant "reçu le 15 mars 2012". L'indication du recourant selon laquelle la décision litigieuse a été notifiée le 16 mars 2012 est donc erronée. Cela ne porte toutefois pas à conséquence dans la mesure où le délai a commencé à courir le 16 mars 2012, a cessé de courir du 1^{er} au 15 avril 2012 inclus (le dimanche de Pâques étant tombé le 8 avril 2012) et a expiré le 29 avril 2012, qui s'avère être un dimanche et reporte donc l'expiration du délai au 30 avril 2012. Déposé à cette même date dans la forme prescrite par la loi, le recours est donc recevable. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé dans une mesure justifiant un droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Lorsque qu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI ; RS 831.201 ; ATF 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 412 consid. 2b; ATF 117 V 200 consid. 4b et les références). Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une

manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Aussi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 , consid 2b). Quand, au contraire, elle entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et comparer les circonstances existant au moment de la nouvelle décision avec celles prévalant lors de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (ATF 133 V 108). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a; ATF 109 V 114 consid. 2a et b). Le Tribunal fédéral a confirmé qu'une administration ne saurait limiter son examen à la question de savoir si un changement important susceptible d'influencer le degré d'invalidité s'est produit, lorsqu'elle entre en matière sur une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI. En effet, dès lors que l'office AI se saisit du fond d'une nouvelle demande, il doit en instruire tous les aspects (médicaux et juridiques, notamment) et déterminer si la modification de l'invalidité s'était effectivement produite (ATF 117 V 198

consid. 4b p. 200 ; ULRICH MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2e éd., p. 399), comme s'il se prononçait pour la première fois sur le droit aux prestations. Ainsi, lorsqu'un assuré qui se trouve proche de l'âge de la retraite présente une nouvelle demande et que l'administration décide d'entrer en matière sur celle-ci, les principes jurisprudentiels concernant ce genre de situations (cf. arrêts 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3, 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 in SVR 2009 IV n° 35 p. 98) s'appliquent sans restriction. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une

expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Enfin, le Tribunal fédéral a jugé qu'on pouvait exiger d'un assuré âgé de 58 ans au moment de la décision litigieuse qu'il mette en valeur sa capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à son état, dans la mesure où il n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'une telle mise en valeur sur un marché du travail supposé équilibré, ce d'autant plus lorsque l'instruction menée par l'office AI a permis d'établir l'existence d'un certain

nombre d'activités qui demeurent accessibles sans formation particulière (ATF non publié 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.3). En l'espèce, le recourant considère que ses médecins traitants, à savoir les Drs P_____ et Q_____, ont tous deux invoqué la péjoration de son état de santé et le fait qu'il ne peut plus effectuer aucune activité physique lourde ou exigeant de la manutention, malgré sa motivation. Les rapports médicaux produits reflètent d'ailleurs selon lui son incapacité totale de travail, même dans une activité adaptée, en raison de ses atteintes à la santé, à savoir des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs du rachis lombaire, une gonarthrose fémoro-tibiale interne droite symptomatique, des cervicalgies chroniques sur discrets troubles dégénératifs C5-C6 et une obésité morbide. L'intimé estime au contraire que les rapports des Dr. P_____ et Q_____ ne comprennent aucun élément objectivant une aggravation de l'état de santé du recourant. Il s'agit dès lors de déterminer si le recourant présente une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer durablement sa capacité de travail. Étant donné que la présente cause s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI, il convient de comparer les faits tels qu'ils prévalaient le 17 juin 2008, date de la dernière décision rendue par l'OAI reposant sur un examen matériel du droit à la rente et entrée en force - la décision postérieure du 12 mars 2009 étant une décision de refus d'entrer en matière. La décision du 17 juin 2008 est fondée sur le rapport de l'examen rhumato-psychiatrique de 7 avril 2008 effectué au SMR. Ce rapport doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les médecins qui l'ont rédigé ont en effet pris en compte le dossier médical du recourant et les rapports médicaux y relatifs, les antécédents personnels généraux du recourant, son anamnèse familiale, professionnelle, par système, psychosociale et psychiatrique actuelle, les plaintes et données subjectives du recourant, et l'examen clinique de ce dernier. Le diagnostic a été posé clairement, l'appréciation médicale du cas et les conclusions y relatives sont détaillées et motivées. S'agissant de l'aggravation alléguée, en ce qui concerne le Dr. P_____, point n'est besoin de comparer son dernier rapport avec des documents plus anciens. En effet, l'examen du rapport du 1^{er} septembre 2011 établi par ce dernier permet d'ores et déjà d'exclure une telle aggravation, le médecin ayant indiqué dans ce document qu'"une nouvelle IRM lombaire effectuée en 2011 se [révéla]it superposable à celle de 2005, sans nouvelle lésion", qu' "[e]ffectivement, l'état médical concernant les lombalgies et lombosciatique D ne [s'était] pas aggravé depuis ces dernières années", et que le recourant "[restait] toujours aussi algique et symptomatique à l'effort". Le médecin a toutefois relevé qu'un nouveau diagnostic, celui de syndrome d'apnée du sommeil sévère, avait été posé par le Dr. V_____. Ce dernier ne s'est cependant nullement prononcé sur la capacité de travail du recourant en lien avec ce diagnostic. Qui plus est, le recourant lui-même ne se prévaut pas, à l'appui de son recours, de ce syndrome comme étant un élément participant à son incapacité de travail. Partant, il ne peut en tirer aucun argument. Le 7 avril 2008 le SMR avait considéré, d'une part, qu'il ne pouvait pas confirmer cliniquement la présence d'une gonarthrose, et d'autre part, que les rotations cervicales étaient douloureuses, davantage vers la gauche, sans arrêt dur parlant pour une cervicarthrose avancée. Le Dr. Q_____ avait déjà mis en évidence, dans son rapport du 3 mai 2005, que des cervicalgies et des gonalgies internes bilatérales à caractère mécanique prédominant (pouvant correspondre, dans un contexte d'obésité sévère, à une gonarthrose interne débutante) s'étaient ajoutées aux lombalgies chroniques et aux troubles statiques et dégénératifs débutants. La mobilité lombaire était diminuée par les douleurs (Schober 10-14 cm). Au niveau cervical, les épineuses étaient très sensibles de C4 à D2, avec des douleurs à la palpation de la musculature paravertébrale et des deux trapèzes, la

distance menton-sternum étant à 2-18 cm et les rotations limitées à 60° des deux côtés. Des douleurs importantes apparaissent à la palpation des deux compartiments internes des genoux. Quelques années plus tard, le 8 février 2012, le Dr Q_____ pose les diagnostics de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs du rachis lombaire, de gonarthrose fémoro-tibiale interne droite symptomatique et de cervicalgies chroniques sur discrets troubles dégénératifs C5-C6. Il indique qu'au niveau des genoux, des douleurs apparaissent à la pression de l'interligne fémoro-tibial interne prédominant à droite. Des douleurs paracervicales C5-C6-C7 prédominant à droite sont également constatées. Ainsi, les diagnostics étaient similaires en 2005 et 2012. C'est également le cas des autres points, la mobilité lombaire étant identique (Schober 10-14 cm), les mobilités cervicales (rotation droit et gauche limitée à 60°), et la distance menton-sternum aussi, le recourant ayant gagné 2 centimètres en flexion et perdu 2 centimètres en extension (0-16), tout en restant dans les valeurs normales. Malgré l'aggravation globale depuis six ans évoquée par ce médecin, la comparaison du contenu des deux rapports ne permet de relever aucune aggravation patente de l'état de santé du recourant, ce qui a d'ailleurs été souligné par le SMR dans son avis du 22 mai 2012. A titre superfétatoire et malgré l'absence d'aggravation de l'état de santé, on examinera la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Le SMR a conclu le 7 avril 2008 que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité physiquement légère et respectant les limitations fonctionnelles suivantes: pas de mouvement répété de flexion-extension du rachis, pas de port de charge au-delà de dix kilos, pas d'attitude en porte-à-faux du tronc, pas de position statique debout prolongé au-delà de 30 minutes, assise au-delà d'une heure, se fondant, à défaut d'aggravation de l'état de santé, sur les conclusions des mesures de reclassement professionnel d'avril 2003. L'assuré restait donc apte à exercer des travaux simples de mécanique demandant peu de réglages machines (par exemple usinage sur tour réglé, montage d'éléments de petits dimensions) et où une chaise "assis/debout" serait à sa disposition afin de lui permettre de s'asseoir environ une fois par heure pour une période de dix minutes. Il s'avère au demeurant que cette pleine capacité de travail dans une activité adaptée s'est confirmée lors du stage aux EPI d'août à novembre 2008. Les Drs. P_____ et V_____ quant à eux n'ont pas quantifié la capacité de travail du recourant dans leurs rapports respectifs des 1^{er} septembre et 6 juin 2011. Ces documents ne permettent donc pas de remettre en cause les conclusions susmentionnées du SMR sur ce point. Le Dr. Q_____ considère quant à lui qu'il n'y a plus d'exigibilité dans une activité physique lourde ou exigeant de la manutention, ce qui est admis par le SMR. Les médecins ont en effet relevé à cette occasion que les troubles statiques et dégénératifs présentés à cette époque par le recourant pouvaient expliquer les difficultés dans une activité physiquement contraignante. Ils ont même considéré que le Dr. M_____, qui avait expertisé ce dernier en 2002, avait été sévère en retenant une exigibilité de 75% dans l'activité habituelle, au vu de ses nombreuses limitations fonctionnelles. De ce fait, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, respectivement dans toute activité physiquement contraignante. Par ailleurs, en ce qui concerne la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, force est de constater que le Dr. Q_____ ne remet pas non plus en question, contrairement à ce que prétend le recourant, les conclusions des médecins du SMR du 7 avril 2008. En effet, il ne fait que mettre un bémol sur ce point en ce sens qu'il considère qu'une réorientation dans une telle activité serait "problématique" en raison du manque de formation du recourant et de son âge. Or, les aspects humains invoqués par le Dr. Q_____ ne sont pas susceptibles de modifier les conclusions quant à la capacité

de travail du recourant. En effet, selon la jurisprudence, l'assurance-invalidité n'a pas à répondre des difficultés de ce dernier pour trouver un emploi approprié liées à son âge ou à son manque de formation professionnelle. S'il est vrai que de tels facteurs - étrangers à l'invalidité - jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (ATFA non publié I 1082/06 du 24 septembre 2007, consid. 2 et les références; ATFA non publié I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références in VSI 1999 p. 246; ATF 107 V 17 consid. 2c). Ainsi, des critères tels que l'âge ou la formation n'ont pas à être pris en considération dans le cadre de la détermination de la capacité de travail d'un assuré. S'agissant de l'âge du recourant, il était âgé de 52 ans lors de la décision, ce qui n'exclut pas la reprise d'une activité adaptée selon le Tribunal fédéral et qu'il a déjà bénéficié de deux stages, en 2003 et en 2008, lui permettant de se familiariser avec d'autres domaines d'activité. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans considère que les rapports médicaux produits ne permettent pas de conclure à une aggravation de l'état de santé susceptible d'influencer durablement la capacité de travail du recourant. Celui-ci n'invoquant aucune autre modification des circonstances susceptible d'influencer le taux d'invalidité, c'est à juste titre que l'OAI a refusé toute prestations par décision du 12 mars 2012, la demande de révision étant mal fondée. A noter encore que les allégués du recourant et les avis de ses médecins traitants laissent croire qu'ils sont d'avis que l'état de santé de l'assuré ne lui permet plus depuis fort longtemps de travailler à plein temps, voire à 70% comme retenu lors du stage de 2003, dans une activité adaptée, et que, partant, les décisions de refus de 2004 et de 2008 étaient mal fondées. A défaut de recours contre celles-ci, elles sont entrées en force et c'est donc seulement sous l'angle de la modification notable de l'invalidité, en particulier en raison d'une aggravation de l'état de santé, que la Cour de céans peut examiner le cas. Le recours, mal fondé, est rejeté. Un émoulement de 200 fr. sera mis à la charge du recourant qui succombe. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette Met un émoulement de 200 fr. à la charge du recourant . Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le